

УДК 618.17-008.8:818.2:616.39

РАДИОВОЛНОВАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АМПУТАЦИИ МАТКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

О.С. Лобачевская, К.Ф. Агабеков, С.Н. Лагуто,
И.В. Борис, А.И. Костишин

БГМУ, УЗ «6-я городская клиническая больница» г. Минск

Реферат

Исследование посвящено разработке и внедрению метода хирургического лечения больных миомой матки с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Предложенная радиоволновая резекция цервикального канала при ампутации матки позволяет сократить длительность операции, сохраняет каркас тазового дна, а также снижает риск возникновения опухолевых заболеваний шейки матки в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: миома матки, ампутация матки, радиоволновая деструкция цервикального канала

Продолжающийся рост гинекологической заболеваемости диктует необходимость совершенствования медицинской помощи женщинам с целью улучшения репродуктивной функции как основной медицинской составляющей воспроизводства населения [3]. Миома матки – это доброкачественное узловое образование, возникающее в ее мышечном слое, поражая незрелые клетки [1,3,7]. На сегодняшний день это заболевание считается одним из самых распространенных, поскольку по статистике им страдает каждая четвертая женщина детородного возраста. Актуальность проблемы эффективного лечения миомы матки обусловлена прежде всего широкой распространённостью данной патологии, необходимостью правильного выбора объёма хирургического лечения данной патологии, зачастую учитывая такие факторы, как возраст пациенток, наличие патологических процессов в шейке матки, экстрагенитальной патологии, требующей сокращения времени операции, уменьшения интраоперационной кровопотери и травматизма [6,9,16].

Таким образом, проведение радикальных оперативных вмешательств у пациенток этой категории сопряжено с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Очевидной является актуальность разработки и внедрения методов хирургического лечения, альтернативных экстирпации матки у больных с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений.

На базе гинекологического отделения учреждения здравоохранения «6-я городская клиническая больница г. Минска» разработан и внедрен в клиническую практику метод хирургического лечения миомы матки, заключающийся в надвлагалищной ампутации матки с радиоволновой резекцией цервикального канала - новой щадящей хирургической технологии лечения патологических состояний шейки матки. Высококачественная радиоволновая хирургия - бесконтактный метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных

радиоволн (3,8-4,0 МГц). Радиосигнал, передаваемый «активным» или «хирургическим» электродом, вызывает выпаривание внутриклеточной жидкости и, вследствие этого, рассечение тканей или их коагуляцию (в зависимости от выбранной формы волны). Высококачественные волны поглощаются внутриклеточной жидкостью, тем самым снижая риск повреждения прилегающих органов и тканей [4,5,9,13,15]. Для решения поставленной цели использовался радиоволновой хирургический генератор «Сургитрон™».

К преимуществам высокочастотной радиоволновой хирургии 3,8-4,0 МГц относятся:

1. Минимальное повреждение тканей:
 - степень термического повреждения в 3 раза меньше по сравнению с традиционным электрохирургическим воздействием и в 2-3 раза меньше по сравнению с большинством лазеров; отсутствие коагуляционного струпа, обугливания тканей и глубокого некроза;
 - отсутствие кровяного сгустка в ране после разреза;
 - минимальный некроз в области операционной раны и прилежащих тканей 15-20μm;
 - минимальный отек тканей; отсутствие лейкоцитарной инфильтрации в ране и, как следствие, снижение риска развития воспаления.
2. Ускорение процессов регенерации тканей:
 - выраженная, ранняя (с 3-х суток) репарация и эпителизация тканей и их восстановление;
 - отсутствие повышенного раневого отделяемого;
 - раннее полное заживление тканей без образования грубого рубца;
 - снижение болезненности тканей при радиоволновой диссекции за счет коагуляции нервных окончаний.
3. Стерилизующий эффект радиоволн частотой 3,8-4,0 МГц:
 - снижение риска послеоперационных осложнений.
4. Работа в «сухом» операционном поле.
5. Высокий косметический эффект.

В 2009-2010 годах в гинекологическом отделении было пролечено 15 пациенток, страдающих миомой матки, которым требовалось хирургическое лечение в объёме тотальной гистерэктомии. Все пациентки имели тяжёлую экстрагенитальную патологию и высокий риск осложнений, что послужило причиной выбора альтернативного метода оперативного лечения, заключавшегося в субтотальной гистерэктомии с радиоволновой резекцией цервикального канала с последующим гистологическим исследованием резецированных фрагментов.

Как известно, выполняемая одной и той же бригадой хирургов при приблизительно одинаковых условиях работы, операция экстирпации матки занимает больше времени чем надвлагалищная ампутация матки.

Сокращение времени оперативного вмешательства несомненно важно у пациенток с сопутствующей экстрагенитальной патологией, так как автоматически сокращается время анестезиологического пособия и снижается риск развития осложнений, связанных с наркозом. Кроме того, снижается общая кровопотеря за счёт отсутствия интраоперационного кровотечения из культи влагалища во время отсечения шейки от сводов влагалища.

Запавивание сосудов, как кровеносных, так и лимфатических при проведении радиоволновых операций, а также заживление тканей без ожогов предотвращают раз-

витие лимфореи, которая вызывает у пациенток физический и психологический дискомфорт.

Сохранение шейки матки особенно важно у пациенток со сниженным иммунитетом, в частности, при различных иммунодефицитах, которые встречаются и у больных сахарным диабетом, так как швы культи влагалища, формирующейся при проведении экстирпации матки постоянно инфицируются за счёт наличия микрофлоры во влагалище, что нередко приводит к развитию перикюльтитов, а иногда и более распространённых воспалительных процессов малого таза.

Помимо этого, сохранение шейки матки у прооперированных пациенток способствует сохранению каркаса тазового дна. Это не сопровождается в последующем дискомфортом при половой жизни и является профилактикой опущения стенок влагалища и энтероцеле в будущем, что нередко наблюдается у женщин после тотальной гистерэктомии и требует выполнения пластических операций.

Мы изучали особенности акушерско-гинекологического анамнеза, частоту и структуру экстрагенитальной патологии, особенность хирургического лечения, в частности, длительность операции (учитывая размеры матки, наличие спаечного процесса в малом тазу и, как следствие, технические сложности), интраоперационную кровопотерю, течение послеоперационного периода, длительность стационарного лечения и наличие послеоперационных осложнений.

Изученные группы были схожими по возрасту пациенток, частоте и структуре экстрагенитальной патологии. Возраст пациенток варьировал от 40 до 54 лет.

У 76,9% больных была выявлена экстрагенитальная патология. Из них артериальная гипертензия - у 3 (25,3%), хронический гломерулонефрит, нефротическая форма - 1 (7,6%), хронический тонзиллит - 1 (7,6%), хронический гастрит - 1 (7,6%), остеохондроз позвоночника - 1 (7,6%), варикозное расширение вен нижних конечностей - 1 (7,6%), вторичная анемия - 2 (15,3%), СД 2 типа - 1 (7,6%).

Для сравнения результатов лечения была выбрана контрольная группа из 20 пациенток, которым была выполнена экстирпация матки.

Общая продолжительность операции у женщин основной группы снизилась и составила $60,8 \pm 8$ минут, а у пациенток контрольной - 82 ± 9 минут, при этом операции выполнялись одними и теми же бригадами хирургов.

Кровопотеря во время операции не превысила 500 мл и составила 350 ± 50 мл в основной группе, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 520 ± 50 мл.

Интраоперационных осложнений не было ни у одной пациентки основной группы.

Ранний послеоперационный период у всех пациенток основной группы протекал без особенностей, требовавших назначения дополнительных антибактериальных, обезболивающих препаратов, а также инфузионных сред.

Срок послеоперационного пребывания в стационаре у больных основной группы снизился до $7,0 \pm 0$ суток в сравнении с пациентками контрольной группы - $7,5 \pm 0,5$.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод о преимуществах метода хирургического лечения миомы матки с использованием радиоволновой резекции цервикального канала при выполнении ампутации матки,

что имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение: снижение длительности операции и уменьшение объёма кровопотери, сокращение длительности пребывания больных в стационаре, повышение экономической эффективности лечения.

Выполнение радиоволновой резекции цервикального канала при ампутации матки сохраняет каркас тазового дна, что является профилактикой опущения стенок влагалища, а также снижает риск возникновения опухолевых заболеваний шейки матки в отдалённом послеоперационном периоде.

Предложенный нами метод особенно показан пациенткам с выраженной экстрагенитальной патологией, требующей сокращения длительности операции и создания условий для лучшего восстановления организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорова И.С. Миома матки. – М.: МИА, 2003. – 256 с.
2. Бургхардт Э., Пикель Г., Жирарди Ф. Кольпоскопия. Атлас и руководство. – М.: Мед. Литература, 2008 – 199 с.
3. Гинекология: руководство для врачей. / Под ред. В.Н.Серова, Е.Ф.Кира. – М., 2008 – 840 с.
4. Дамиров М.М. Лазерные, криогенные и радиоволновые технологии в гинекологии. – М.: «БИНОМ», 2004 – 172 с.
5. Карелов А.К. Физιοхирургические методы лечения заболеваний шейки матки. /Глава в монографии В.Н.Прилепской «Патология шейки матки и генитальные инфекции». – М.: МЕДпресс-информ, 2008 – с.115 –118.
6. Ковалев М.И. Низкоинтенсивное и высокоэнергетическое лазерное излучение в акушерстве и гинекологии. – М., 2000 – 173 с.
7. Клиническая онкогинекология: Руководство для врачей. /Под ред. В.П.Козаченко – М.: Медицина, 2005 – 376 с.
8. Кудинов С.В., Крылов Г.Г. Новые технологии в радиохирургии патологии шейки матки.// матер. Междун. конгресса «Радиоволновая хирургия на современном этапе». – М., 2004 – с. 111 – 112.
9. Легков В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2000 – 19 с.
10. Майстренко Н.Л., Юшкин А.С., Кольц А.В., Калашников С.А. Преимущества радиоволновой диссекции тканей. //матер. Междун. конгресса «Радиоволновая хирургия на современном этапе». – М., 2004 –с.16.
11. Роговская С.И., Прилепская В.Н. Новые технологии в профилактике рака шейки матки // Гинекология – 2008 – № 1, Т.10 – С. 3 – 6.
12. Русакевич П.С. Заболевания шейки матки. – Мн., 2000 – 368 с.
13. Сахаутдинова И.В., Гаибова Н.Т. Радиоволновая хирургия в гинекологической практике/ Глава в монографии В.Н.Прилепской «Патология шейки матки и генитальные инфекции». – М.: МЕДпресс-информ, 2008 – сс. 119 – 124.
14. Шабалова И.П., Полонская Н.Ю. Основы цитологической диагностики. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009 – 136 с.

15. Massad L.S., Collins Y.C., Meyer P.M. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda system // Gynecol. Oncol. – 2001 – Vol. 82 – pp. 516 – 522.
16. Yost N.P., Santoso J.T., McIntire D.D. Postpartum regression rates of antepartum cervical intraepithelial neoplasia II and III lesions. // Obstet. Gynecol. – 1999 – Vol. 93 – pp. 359 – 362.

RADIO-WAVE RESECTION OF CERVICAL CANAL DURING THE CARRYING OUT OF UTERUS AMPUTATION AS AN ALTERNATIVE TO TOTAL HYSTERECTOMY

Lobachevskaya O.S., Agabekov K.F., Laguto S.N., Boris I.V., Kostishin A.I.

Belarusian State Medical University, 6-th city clinical hospital, Minsk

Abstract

The research is dedicated to the development and implementation of method of surgical treatment of patients with hysteromyoma with the high risk of intra- and postsurgical complications. The suggested radio-wave resection of cervical canal during uterus amputation allows to reduce the duration of operation, preserves the frame of the pelvic floor, and also reduces the risk of occurrence of tumor diseases of cervix uteri in the remote postsurgical period.

Key words: hysteromyoma, uterus amputation, radio-wave destruction of cervical canal